

Данная форма заявления предназначена только для получения медицинских льгот.
Если вы хотите подать заявление о получении других льгот (таких как продовольственные талоны),
свяжитесь с Местным Отделом социального обеспечения (Community Services Office, CSO).



- Вы подпись заявление?
 Вы указали в форме номера социального обеспечения всех детей, для которых подается заявление?
 Если дети не являются гражданами США, приложили ли вы копии их документов?

Чтобы заявление было обработано быстрее, пожалуйста, обязательно заполните его полностью.



Доход			
Укажите ПОЛНЫЙ доход (до вычета налогов или расходов).			
11 ИМЯ И ТЕЛЕФОН РАБОТОДАТЕЛЯ РОДИТЕЛЯ ()	ПРОЧИЕ ДОХОДЫ СЕМЬИ	СУММА, ПОЛУЧЕННАЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ	КТО ИЗ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ЗАРАБАТЫВАЕТ ЭТЫЙ ДОХОД
12 Сумма, полученная вами за последние 30 дней, до вычета налогов или расходов: \$ _____ Какая сумма из этого дохода получена от самостоятельной предпринимательской деятельности?* \$ _____	15 ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА \$ _____		
13 ИМЯ И ТЕЛЕФОН РАБОТОДАТЕЛЯ СУПРУГА ИЛИ ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ, ЖИВУЩЕГО В ДОМЕ: ()	16 АЛИМЕНТЫ \$ _____		
14 Сумма, полученная вашим супругом (или другим родителем, живущим в доме) за последние 30 дней, до вычета налогов или расходов: \$ _____ Какая сумма из этого дохода получена от самостоятельной предпринимательской деятельности?* \$ _____	17 ВЫПЛАТЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ \$ _____		
	18 ПОСОБИЯ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ \$ _____		
	19 ДОХОДЫ ОТ ИНВЕСТИЦИЙ/ПРОЦЕНТЫ/ДИВИДЕНДЫ \$ _____		
	20 ПОСОБИЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ \$ _____		
	21 ПОСОБИЯ ДЕПАРТАМЕНТА ТРУДА И ПРОМЫШЛЕННОСТИ \$ _____		
	22 ВЫПЛАТЫ ВОЕННЫМ ПО АТТЕСТАТУ \$ _____		
	23 ПРОЧЕЕ (пожалуйста, поясните) \$ _____		
24 А Необходима ли вам помощь в оплате неоплаченных медицинских счетов – за последние 3 месяца – за обслуживание любого из детей, для которых вы подаете заявление? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>			
24 Б Если "Да", пожалуйста, пришлите копии документов о доходе семьи за все те месяцы, за которые вы просите нас произвести пересмотр.			
*Если вы им супруга или другого родителя, живущего в доме, занятых самостоятельной предпринимательской деятельностью, то могут существовать другие отчисления. Пожалуйста, звоните по телефону 1-877-KIDS-NOW для получения дополнительной информации или помочь в заполнении заявления.			
Информация о медицинских страховках			
Сообщите обо всех медицинских страховках, которые уже есть у ваших детей.			
25 А Есть ли у кого-либо из детей, для которых вы подаете заявление, медицинская страховка? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	25 Б Если "Да", то покрываются ли этой медицинской страховкой услуги врача, болници, а также рентгенологические и лабораторные услуги? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	26 А Были ли ваши дети застрахованы посредством медицинской страховки, связанной с работой, в течение последних 4 месяцев? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Дата <input type="checkbox"/>	26 Б Если "Да", то составлял ли взнос за изживенцев менее 50 долларов в месяц? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
27 Если вы ответили "Да" на любой из вопросов, приведенных выше 25а или в либо 26а или б), пожалуйста, укажите страховые компании или работодателей, предоставляющих страховку вашим детям.			
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ИЛИ РАБОТОДАТЕЛЬ	НОМЕР СТРАХОВОГО ПОЛИСА	ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕРЖАТЕЛЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)	
Расовая принадлежность/этническое происхождение детей (добровольно предоставляемая информация)			
<p>Мы просим вас добровольно сообщить нам информацию о расовой принадлежности и этническом происхождении ваших детей. Данная информация не будет использована при рассмотрении вопроса о предоставлении вам права на льготы.</p> <p><input type="checkbox"/> Американский индейец или коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> Азиатской расы <input type="checkbox"/> Черный или афроамериканец <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских или других тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Другое _____</p> <p>При реализации всех программ и проведения всех мероприятий, которыми руководит Департамент социального обеспечения и здравоохранения Department of Social and Health Services, дискриминация запрещена. Никто не может быть исключен из программ или мероприятий на основании расовой принадлежности, цвета кожи, убеждений, политических взглядов, национального происхождения, религии, возраста, пола или инвалидности.</p>			
<p>Прочтите внимательно, перед тем как ставить подпись</p> <p>Данное заявление предназначено только для получения медицинских льгот детьми. Если кто-либо из вашей семьи уже получает или хотел бы подать заявление о получении денежных пособий, продовольственной помощи или иных льгот, пожалуйста, свяжитесь со своим местным Отделом социального обеспечения (Community Services Office, CSO) департамента DSHS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Департамент DSHS может попросить вас документально подтвердить предоставленную им вами информацию, чтобы определить, имеете ли вы право на получение льгот. Вы можете обратиться в департамент DSHS за помощью в получении подтверждающих документов. ■ Ваша информация может быть проверена другими органами штата и федеральными органами. Данная информация НЕ БУДЕТ предоставлена Службе натурализации и иммиграции Immigration and Naturalization Service, INS. ■ Обращаясь за получением или получая медицинские льготы, вы передаете штату Вашингтон все на любую помощь, предназначенную для оплаты медицинского обслуживания, а также на любые платежи третьих лиц, предназначенные для оплаты медицинского обслуживания. ■ Департамент DSHS может передавать информацию о прививках вашего ребенка Службе надзора за иммунизацией детей Child Profile Immunization Tracking System. <p>ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДПИСЬ Я прочел и понял информацию, приведенную в настоящей форме заявления. Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, предоставленная мною в настоящем заявлении, насколько мне известно, является точной и полной.</p> <p>Подпись заявителя X _____ Дата _____</p>			
<p>Как подать заявление</p> <p>ОПРАВЬТЕ ЕГО ПО ПОЧТЕ ПО СЛЕДУЮЩЕМУ АДРЕСУ:</p> <p>Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45449 Olympia, WA 98504-5449</p> <p>ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ:</p> <p>Если вам необходима помощь или у вас возникли вопросы, пожалуйста, звоните по телефону: 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)</p>			

Бесплатная или недорогая медицинская страховка для детей и подростков штата Вашингтон



1-877-KIDS-NOW
Бесплатный телефон (1-877-543-7669)

Обратитесь к операторам, которые готовы помочь вам с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу, либо отправьте ваше заявление по почте сегодня!

Вы также можете найти информацию на нашем веб-сайте по адресу: <http://hipspokane.org/HKN/>

Департамент социального обеспечения и здравоохранения штата Вашингтон DSHS 22-394(x) RU (Rev. 3/03)



1 Право на участие имеют тысячи детей в возрасте до 19 лет

Данные программы предъявляют гибкие требования и распространяются на детей из различных семей:

- детей, имеющих одного родителя
- молодых людей в возрасте до 19 лет,
- детей работающих родителей
- детей, живущих с дедушками и бабушками, в других семьях или у друзей
- детей, имеющих двух родителей
- детей, имеющих
- детей, живущих самостоятельно
- детей, имеющих существовавшие ранее заболевания

2 Какие виды услуг оплачиваются страховкой?

Программами медицинского страхования оплачивается полный спектр услуг, которые необходимы всем детям, чтобы оставаться здоровыми. Если ваш ребенок получит право на участие, вам предоставят дополнительную информацию о том, как воспользоваться обслуживанием. Ниже приведены примеры некоторых услуг, оплачиваемых страховкой:

- приемы у врача или медсестры • рецепты
- стоматологические услуги • очки и слуховые аппараты
- медосмотры и прививки • услуги по планированию семьи
- физиотерапия и логопедия • консультации и многое другое!
- транспортировка на приемы у врача
- услуги больниц и неотложной помощи

3 Как мне узнать, имеют ли мои дети право на участие?

Используемая процедура проста, и многие работающие семьи отвечают требованиям. При определении наличия права рассматривается уровень дохода, размер семьи (обязательно включите будущих детей беременных женщин в качестве членов семьи) и некоторые ежемесячные расходы. Чтобы узнать, могут ли ваши дети получить право на участие, выполните простые шаги, перечисленные ниже. Затем сравните ваш ежемесячный доход со значениями таблицы.

Шаг 1 Запишите ежемесячный доход

1 вашей семьи (до вычета налогов) \$

- Вычтите все расходы, которые вы несете по уходу за детьми и взрослыми в связи с работой.
- Вычтите все ежемесячные выплаты, которые вы осуществляете согласно распоряжению суда на содержание детей, не проживающих в вашем доме.
- Вычтите по 90 долларов на каждого работающего взрослого члена семьи.

Шаг 2 Сравните, чтобы определить, отвечаете ли вы требованиям

Если ежемесячный уровень дохода вашей семьи приблизительно равен суммам, приведенным в таблице, ваши дети могут получить право на бесплатную медицинскую страховку или страховку по сниженной цене!

Многие могут иметь более высокий доход и все равно будут отвечать требованиям для участия. Если ваш доход выше значений, приведенных в таблице, пожалуйста, позвоните 1-877-KIDS-NOW для получения дополнительной информации.

Количество членов семьи (включая родителей и детей)	Бесплатная медицинская страховка Medicaid (примерный размер ежемесячного дохода после вычетов, перечисленных в шаге 1)	Медицинская страховка по сниженной цене CHIP (примерный размер ежемесячного дохода после вычетов, перечисленных в шаге 1)
1	до \$1,497	от \$1,498 до \$1,871
2	до \$2,020	от \$2,021 до \$2,525
3	до \$2,544	от \$2,545 до \$3,180
4	до \$3,067	от \$3,068 до \$3,834
5	до \$3,590	от \$3,591 до \$4,488
Более	Добавьте 524 доллара за каждого следующего члена семьи	Добавьте 524 доллара за каждого следующего члена семьи

Указанные размеры дохода действуют до 31 марта 2004 г. Данная таблица распространяется только на медицинские страховки для детей младше 19 лет. Для семей и беременных женщин существуют другие программы с иными требованиями для получения права на участие. Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните по бесплатному телефону 1-877-KIDS-NOW.

Подать заявление просто!

1. Заполните форму заявления, прилагаемую к данной брошюре.
2. Отделите страницу с заявлением.
3. Откройте конверт от формы заявления.
4. Сложите заявление и вложите его в конверт. Бросьте конверт в почтовый ящик! Марка не требуется.
5. Сначала рассматривается вопрос, имеют ли дети право на бесплатную медицинскую страховку.
6. Для тех детей, которые не имеют права на бесплатную страховку, рассматривается возможность предоставления медицинской страховки по сниженной цене (CHIP).

Как скоро мои дети получат медицинскую страховку?

- Медицинская страховка, утвержденная для детей и подростков, начнет действовать с первого дня того месяца, в котором было получено их заявление!
- В течение 6 недель вы получите письмо, в котором будет сообщаться, имеют ли ваши дети или подростки право на участие.
- Когда право ваших детей или подростков на получение страховки будет одобрено, они смогут начать получать медицинские услуги немедленно.
- Чтобы заявление было обработано быстрее, обязательно заполните его полностью.

Отличные программы для детей штата Вашингтон

Medicaid – бесплатная медицинская страховка

- Предназначена для страхования детей и подростков в возрасте до 19 лет.
- Размеры дохода смотрите в колонке КРАСНОГО ЦВЕТА.
- БЕСПЛАТНАЯ СТРАХОВКА (нет страховых взносов и доплат).
- Если ребенок получит право на участие, то неоплаченные счета этого ребенка за медицинские услуги, предоставленные в течение последних трех месяцев, могут быть оплачены.

CHIP – медицинская страховка по сниженнной цене

- Размеры дохода смотрите в колонке СИНЕГО ЦВЕТА.
- Счет на выплату взносов выписывается ежемесячно.
- 10 долларов за каждого ребенка (не более 30 долларов за троих или более детей).
- С американских индейцев и коренных жителей Аляски взносы и доплаты не взимаются.

Если ежемесячный уровень дохода вашей семьи приблизительно равен суммам, приведенным в таблице, ваши дети могут получить право на бесплатную медицинскую страховку или страховку по сниженной цене!

Многие могут иметь более высокий доход и все равно будут отвечать требованиям для участия. Если ваш доход выше значений, приведенных в таблице, пожалуйста, позвоните 1-877-KIDS-NOW для получения дополнительной информации.

3

4

5

6

7

8

9

10



Заявление о предоставлении детских медицинских льгот

Данное заявление предназначено только для получения страхового обеспечения медицинских услуг для детей и подростков в возрасте до 19 лет. Заявление может заполнить родитель, опекун, социальный работник, друг или сам подросток, обращающийся с заявлением. Мы направим всю дальнейшую информацию лицу, указанному в пункте 1. Если у вас есть вопросы или вы хотели бы получить помощь в заполнении данной формы, просто позвоните по телефону 1-877-543-7669. Мы будем рады вам помочь!

ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ (Укажите родителя, опекуна или лицо для связи, которое будет получать последующую информацию)

1 Имя	ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА	ФАМИЛИЯ		
2 АДРЕС, ГДЕ ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ	УЛИЦА	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
3 АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ)	УЛИЦА	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
4 НОМЕР ТЕЛЕФОНОВ	5 Есть ли у вас трудности с устной речью, чтением или письмом на английском языке? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Необходимо ли, чтобы вам были высланы материалы на другом языке? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нужен ли вам переводчик? (Если да, то мы окажем вам помощь через переводчика.) Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> На каком языке вы говорите? _____			
ДОМАШНИЙ ()	6 Есть ли в вашем доме беременные женщины? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если "да", то укажите имя _____ Есть ли дети до 19 лет, страдающие заболеваниями, которые требуют немедленного внимания? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>			
РАБОЧИЙ ()	ДЛЯ СООБЩЕНИЙ ()			

Общая информация

7 Укажите членов семьи, проживающих вместе.

(При необходимости приложите отдельный лист бумаги, чтобы перечислить остальных членов семьи.)

ИМЯ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	РОДСТВО С ВАМИ	ДАТА РОДАРЖЕНИЯ (ИМС/ДНГД)	* НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ * = НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО	ПОЛ	ГРАЖДАНИН США М или Ж	ЗАПОЛНИТЕ, ЕСЛИ РЕБЕНОК НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГРАЖДАНИНОМ США		
A. РОДИТЕЛЬ, ОПЕКУН ИЛИ САМ РЕБЕНОК			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	БЫЛ ЛИ РЕБЕНОК ВЫДАН ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ЕГО/ЕЕ СТАТУС?	ДА НЕТ	ДА НЕТ
B. СУПРУГ ИЛИ ДРУГИЙ РОДИТЕЛЬ (если проживает в доме)			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ДА НЕТ	ДА НЕТ	ДА НЕТ
C. УКАЖИТЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ МЛАДШЕ 19 ЛЕТ (которые хотят получить медицинские льготы)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
G. УКАЖИТЕ ДРУГИХ ВЗРОСЛЫХ/ДЕТЕЙ В ДОМЕ (которые не хотят получить медицинские льготы)			*			Примечание: пожалуйста, приложите любые документы, подтверждающие статус ребенка.		

8 Является ли ребенок в возрасте до 19 лет, живущий в вашей семье, инвалидом? Да Нет

Если "да", то укажите имя _____

Расходы

Данная информация может помочь вашему ребенку получить право на льготы.

9 Платите ли вы за уход за ребенком, пока вы работаете?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если "Да", то сколько вы платите в месяц? \$ _____
Платите ли вы кому-нибудь за уход за совершеннолетним инвалидом, являющимся инвалидом, пока вы работаете?	
10 Производите ли вы по распоряжению суда выплаты на содержание ребенка, который не проживает в вашем доме?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если "Да", то сколько вы платите в месяц? \$ _____